



Komentář k článku J. Vojáčka et al. Chirurgická léčba symptomatické hypertrofické obstrukční kardiomyopatie, který byl otištěn v Cor et Vasa 2009;51(7–8):520–521

Se zájmem jsem si přečetl krátkou obrazovou kasuistiku prezentovanou v letošním čísle 7–8 Cor et Vasa.⁽¹⁾ Autoři v článku uvedli případ 50letého symptomatického nemocného s diagnózou hypertrofické obstrukční kardiomyopatie (HOCM), u kterého provedli úspěšně septální myektomii podle Morrowa, s odstraněním subvalvulární obstrukce v levé komoře. Současně však upozornili na to, že byla přítomna významná stenóza bikuspidální aortální chlopně, a tuto chlopeň rovněž plánovaně nahradili.

K uvedenému článku mám dvě poznámky, přičemž první považuji za velmi důležitou:

1. Definice hypertrofické kardiomyopatie je následující: přítomnost zesílené srdeční stěny nebo zvýšené srdeční hmotnosti při absenci onemocnění, jako je hypertenze či chlopní vada, které by mohly tuto abnormalitu způsobit.⁽²⁾ Tudíž, stanovit diagnózu HOCM u nemocného s těžkou aortální stenózou je velmi obtížné a předpokládá, že nemocný byl sledován (a onemocnění diagnostikováno) dlouho před tím, než se začala uplatňovat chlopní vada – z hlediska uvedeného klinického sledování pravděpodobně nejpозději ve třetí dekádě pacientova života. Vzhledem k bikuspidální aortální chlopní, která má často mírné hemodynamické konsekvence již od časného mládí, pravděpodobně i dříve. Pokud tomu tak nebylo, pak nelze u nemocného stanovit diagnózu HOCM, a to ani v případě, že je přítomna subvalvulární obstrukce s dopředným pohybem předního cípu mitrální chlopně. Ta totiž není pro HOCM patognomonická (na rozdíl od hypertrofie z nejasné příčiny) a může se objevit i u dalších stavů, včetně těžké aortální stenózy. Nejpravděpodobnější diagnóza u prezentovaného nemocného tedy byla stenóza bikuspidální aortální chlopně se subvalvulární dynamickou obstrukcí.
2. Myektomie podle Morrowa se stala historickým milníkem v léčbě nemocných s HOCM a je charakterizována

septální myektomií limitované velikosti.⁽³⁾ Moderní doporučené myektomie se však od tohoto výkonu liší právě rozsahem odstranění nadbytečné tkáně již nejen ve výtokovém traktu levé komory, ale až hluboko v dutině levé komory („extended myectomy – take out as much of the septal bulge as one safely can“).⁽⁴⁾ Další rozšíření myektomie pak znamenala alternativa mobilizace a parciální resekce papilárních svalů, která vede k jejich zeštíhlení a separaci od volné stěny i od sebe navzájem („to stay like slim columns inside the ventricle“^(4,5) nebo „redirekce“ anomálních papilárních svalů (M. Desai – osobní sdělení). Autoři v tomto smyslu správně zdůraznili, že rozsah myektomie má být tak rozsáhlý, aby došlo k úplnému vymizení obstrukce. Tento cíl však právě může vyžadovat rozsáhlejší výkon, než je tomu u klasicky chápané operace podle Morrowa.⁽⁴⁻⁶⁾

Literatura

1. Vojáček J, Nedbal P, Dominik J, et al. Chirurgická léčba symptomatické hypertrofické obstrukční kardiomyopatie. Cor Vasa 2009;51:520–1.
2. Elliott P, Anderson B, Arbustini E, et al. Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the European Society of Cardiology working group on myocardial and pericardial diseases. Eur Heart J 2008;29:270–6.
3. Morrow AG. Hypertrophic subaortic stenosis: operative methods utilized to relieve left ventricle outflow obstruction. J Thorac Cardiovasc Surg 1978;76:423–30.
4. Sherrid MV, Chaudry FA, Swistel DG. Obstructive hypertrophic cardiomyopathy: echocardiography, pathophysiology, and the continuing evolution of surgery for obstruction. Ann Thorac Surg 2003;76:620–32.
5. Messmer BJ. Extended myectomy for hypertrophic obstructive cardiomyopathy. Ann Thorac Surg 1994;58:575–7.
6. Dearani JA, Ommen SR, Gersh BJ, Schaff HV, Danielson GK. Surgery insight: septal myectomy for obstructive hypertrophic cardiomyopathy – the Mayo Clinic experience. Nature Clin Pract Cardiovasc Med 2007;4:503–12.

Prof. MUDr. Josef Veselka, CSc.,
Kardiologické oddělení, Kardiologické centrum,
Fakultní nemocnice v Motole, Praha,
e-mail: veselka.josef@seznam.cz